

検査予約申込書 (XP、CT、MRI、骨シンチ専用)

予約専用FAX番号：0743-77-0902

近畿大学奈良病院
患者支援センター 行
TEL (0743) 77-0880

申込日 年 月 日

診療科： 放射線科 (診断)

希望医師：

「紹介元医療機関」
名称
所在地
TEL
FAX
医師名
担当者



受診希望	第1希望日	年	月	日	曜日	時頃
	第2希望日	年	月	日	曜日	時頃
上記以外の受診希望	緊急 <input type="checkbox"/>	1w以内 <input type="checkbox"/>	2w以内 <input type="checkbox"/>	1ヵ月以内 <input type="checkbox"/>		
都合の悪い日時						
フリガナ				性別	生年月日	
患者氏名				男・女	大・昭 平・令	年 月 日 歳
健康保険証	記号	番号	公費			
自己負担割合	1割 <input type="checkbox"/>	2割 <input type="checkbox"/>	3割 <input type="checkbox"/>	本人・家族	当院受診歴 有・無	当院ID
患者住所	〒 -					
連絡先	TEL	携帯				
患者状態	歩行可 <input type="checkbox"/>	車いす <input type="checkbox"/>	ストレッチャー <input type="checkbox"/>	退院後受診 (退院日) <input type="checkbox"/>		
貴院での状況	貴院で待機中 <input type="checkbox"/>	院外 <input type="checkbox"/>	入院中 <input type="checkbox"/>	日本語対応	可 <input type="checkbox"/>	不可 <input type="checkbox"/>

主訴・傷病名	
<input type="checkbox"/> 一般X線撮影：胸部単純 (結核スクリーニング検査) 胸部2方向 正面 左側面 (要読影)	
<input type="checkbox"/> CT	
<input type="checkbox"/> MRI	
<input type="checkbox"/> 骨シンチ	

※診療情報提供書を添付して、FAXをお願いします。